Aus der psychiatrischen Klinik zu Bonn.

Chorea und Geistesstörung.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

bei der

medizinischen Fakultät

der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn

eingereicht

im Februar 1894

von

Friedrich Dieckerhoff

aus Bonn.

Bonn,

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi.

1894.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Die Litteratur über das gemeinsame Vorkommen von Chorea und Geistesstörung ist eine sehr umfangreiche; jedoch ist man weder über die Häufigkeit dieses Zusammentreffens noch über den innern Zusammenhang beider Krankheiten bisher zu klaren, allgemein giltigen Anschauungen gelangt. Der Grund hierfür ist zum Teil wohl darin zu suchen, dass die verschiedenen Autoren, welche über diesen Gegenstand gearbeitet haben, einerseits mit dem Worte Chorea, andererseits mit dem Worte Geistesstörung nicht immer dieselben Begriffe verbunden haben. Eine kurze historische Übersicht, die nur die wichtigsten hierher gehörigen Publikationen berücksichtigt, wird dies beweisen. Dabei werden wir diejenigen Arbeiten, welche sich mit der sogenannten Chorea magna beschäftigen, ganz ausser Acht lassen, da diese Krankheit, die früher wohl mit der echten Chorea zusammengeworfen wurde, gewiss ausnahmslos der Hysterie zuzurechnen ist, und ebenso gehört die hereditäre Huntingtonsche Chorea nicht in den Rahmen unserer Arbeit.

Sydenham[1]), dem wir das Krankheitsbild der echten Chorea verdanken, erwähnt nichts von psychischen Störungen, und auch nach Romberg[2]) machen sich solche bei unkomplizierter Chorea nicht bemerkbar; dagegen ist Wunderlich[3]) der Ansicht, dass bei

1) Sydenham, Oper. univers. med. (zitiert bei Ziemssen).

2) Romberg, Nervenkrankheiten.

3) Wunderlich, Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie.

jeder Chorea, wenn auch nicht direkte Geistesstörung, so doch immer ein veränderter Gemütszustand vorhanden sei, der sich in grosser Reizbarkeit, Angst, Zorn, Eigensinn und ähnlichen Entstellungen des Charakters offenbare.

Ausführlicher wurde die Frage der Verbindung von Chorea und Psychose erst im Jahre 1860 von Marcé[1]) behandelt, der durch eine Anzahl von Untersuchungen feststellte, dass in $^2/_3$ seiner Fälle die psychischen Funktionen gestört waren; er präzisierte diese Störungen so genau, dass er fünf Arten der bei Chorea auftretenden Geistesstörung unterschied:

1. Störung der Empfindung mit Reizbarkeit oder Melancholie,
2. Störung der Intelligenz mit Gedächtnisschwäche,
3. Ideenflucht mit Unaufmerksamkeit,
4. Halluzinationen, besonders des Gesichts,
5. Maniakalisches Delirium.

Aus der Übersicht, die Ogle[2]) über diesen Gegenstand veröffentlichte, geht indessen wieder hervor, dass wirkliche Störung der Geistesfunktionen nur selten statthatte; einmal war sie zweifelhaft, einmal in einem früheren Anfall dagewesen, einmal war gemütliche Aufregung, zweimal waren hysterische Erscheinungen vorhanden. Und Thore[3]) kommt in seiner Abhandlung schliesslich zu dem Resultat, dass die Chorea auf die Entwickelung der Psychose nur von geringem Einfluss sei, dass die einfache, durch keine andere Krankheit komplizierte Chorea nur selten von einer Seelen-

---

1) Marcé, De l'état mental dans la chorée. Ref. in Schmidts Jahrbb. Bd. 128 und 143.

2) Ogle, John W., Ref. in Schmidts Jahrb. Bd. 143, p. 27.

3) Thore, Die Chorea in ihrem Verhältnis zur Geisteskrankheit. Ref. in Schmidts Jahrb. Bd. 128, p. 326.

störung begleitet sei, und dass, wenn die Chorea z. B. mit Typhus, Rheumatismus, Chlorose vereint auftritt, diesen Komplikationen als dem ursächlichen Moment die Entstehung der Geisteskrankheit in den meisten Fällen zuzuschreiben sei, ebenso wie die Chorea selbst wahrscheinlich ihren Ausgang von diesen nehme.

Ganz anders lautet wieder die Ansicht Arndts[1]), welcher erklärt: „keine Chorea ohne Psychose". Er führt aus: Nicht nur das düstere Schweigen, Seufzen und Stöhnen der Melancholischen, das laute Schreien und Toben der Maniakalischen, Wahnsinn, Verrücktheit und Blödsinn ist als psychische Störung zu verstehen, sondern bereits die gesteigerte oder geschwächte Empfänglichkeit für äussere Eindrücke und die anormale Reaktion gegen dieselben, d. h. eine erhöhte Reizbarkeit oder eine gewisse Lethargie, ist als eine solche zu begreifen.

Nach Meyer[2]) ist die psychische Störung absolut keine auffallende Erscheinung, da es sehr nahe liege, an ein Übergreifen cerebraler Störungen von dem motorischen auf das psychische Gebiet zu denken oder die Grundstörung geradezu als eine gemeinsame aufzufassen, von welcher ebensowohl die Symptome der Geisteskrankheit wie die der Chorea abhängen. — Der Artikel „Chorea and Insanity" von demselben Autor in Hack Tuke's Dictionary of psychological medicine (1892) bringt nichts wesentlich Neues über diesen Gegenstand.

Leidesdorf[3]) kommt zu dem Schluss, dass die

---

1) Arndt, R., Chorea und Psychose. Archiv für Psychiatrie u. Nervenkr. I, 3, p. 509.

2) Meyer, Ludw., Chorea und Manie. Archiv für Psychiatrie II, 3.

3) Leidesdorf, Wochenblatt der Gesellschaft der Wiener

psychischen krankhaften Symptome der Choreakranken etwas Gemeinsames haben, dass Gemüts- und Charakterveränderungen bei Choreakranken eine gewöhnliche Erscheinung seien, dass in einer Reihe von Fällen Angstgefühle und Sinnestäuschungen hinzutreten, womit die wesentlichen Elemente für die Entwicklung wirklicher Geistesstörung gegeben sind.

In der Statistik von Russel[1]) finden sich unter 99 Choreafällen 38, die mit Geistesstörung einhergingen, und zwar waren dies keineswegs immer schwere, sondern oft ganz leichte Choreaerkrankungen.

Schuchardt[2]) kommt auf Grund einer Anzahl von Beobachtungen zur Aufstellung folgender drei Erscheinungsformen:

1. Es besteht längere Zeit idiopathische Chorea und erst später tritt ausgesprochene Geistesstörung hinzu. Auch hier ist aber die Chorea nicht Ursache, sondern nur Teilerscheinung einer und derselben Gehirnaffektion; es ist jedoch dasjenige Symptom, welches zuerst und zugleich am deutlichsten in die Erscheinung tritt, während die ausgesprochene Psychose erst später augenfällig wird.

2. Chorea und Psychose treten gleichzeitig auf. Hierdurch zeigt sich ganz klar, dass beide Störungen Ausdruck derselben Gehirnerkrankung sind.

3. Die Psychose bildet sich unabhängig von der Chorea heraus, eine seltene Erscheinung.

Ärzte 1869, Nr. 12—13. Ref. in: Virchow und Hirsch, Jahresbericht 1869, II, p. 30.

1) Russel, A contribution to the clinical history of chorea. Mental and emotional disturbance. Ref. in: Virchow u. Hirsch, Jahresbericht 1869, II.

2) Schuchardt, Chorea und Psychose. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 43, p. 337. 1887.

Schuchardt schliesst, dass Chorea nicht die Hauptursache für geistige Störung bei gleichzeitigem Vorkommen ist, dass vielmehr Chorea und Psychose stets Ausdruck desselben Gehirnprozesses sind. In einzelnen Fällen sei es jedoch möglich, dass die Psychose in keinem direkten ätiologischen Zusammenhang mit der Chorea stehe. In den Fällen von Chorea und Psychose bestehe aber durchweg eine ungemeine Reizbarkeit und eine grosse Neigung zu plötzlichen Ausbrüchen von Heftigkeit.

Eine für unser Thema sehr wichtige Arbeit hat Möbius[1]) i. J. 1892 veröffentlicht. Er betont, dass von den Autoren unter dem Begriff Chorea die verschiedensten Dinge zusammengefasst werden, indem das Symptom mit der Krankheit verwechselt wird. Das Symptom Chorea besteht in unwillkürlichen, uncoordinierten Muskelbewegungen; dieses Symptom tritt aber auch bei andern Nervenkrankheiten, Hysterie, Hemiplegie nach Gehirnblutung, bei akuten und chronischen Psychosen oft in den Vordergrund, und so kommt es, dass man auf derartige Zustände ungerechtfertigter Weise den Namen Chorea übertragen hat. Die echte Chorea beschreibt Möbius als eine sehr häufige Krankheit, welche Kinder oder jugendliche Personen befällt, in der Regel einige Monate dauert, oft Rückfälle macht, gewöhnlich in Genesung, selten in Tod ausgeht, deren Hauptsymptom Choreabewegungen sind, bei der leichte Verstimmung die Regel, eine ernste Seelenstörung eine Seltenheit ist, bei der aber häufig Endocarditis, ziemlich häufig rheumatische Gelenkerkrankung auftritt.

---

1) Möbius, P. J., Über Seelenstörungen bei Chorea. Münchener Medizinische Wochenschrift 1892, Nr. 51—52.

Den Inhalt seiner Arbeit fasst Möbius in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Chorea Sydenhams ist eine durch Infektion entstehende Krankheit, denn sie befällt plötzlich vorher ganz gesunde Menschen, hat den Verlauf einer Infektionskrankheit, kann tötlich werden, steht häufig mit Endocarditis bezw. Gelenkerkrankung, also einer andern infektiösen Erkrankung in Zusammenhang.

2. Die seltene Choreapsychose besteht, gleich allen toxischen Delirien in einem traumhaften Zustand, der sich durch Verwirrung, Neigung zu Täuschungen mehrerer Sinne, Wahngedanken und Aufregung kundgiebt.

3. Die Chorea kann den verschiedenen Formen des Irreseins der Entarteten als Gelegenheitsursache dienen, und andrerseits kommen, besonders bei jugendlichen Entarteten, hysterische und maniaartige Zustände vor, zu deren Symptomen Choreabewegungen gehören.

Aus dem Gesagten ergiebt sich, dass die Ansichten der verschiedenen Autoren über das Verhältnis von Chorea und Psychose bei dem gemeinschaftlichen Vorkommen beider noch weit auseinander gehen.

Sehen wir nun von diesen theoretischen Anschauungen vollständig ab und betrachten uns das klinische Material, auf welchem die genannten Autoren fussen, sowie die sonstigen in der Litteratur zerstreuten casuistischen Mitteilungen, soweit sie uns zugänglich gewesen sind, so scheint es uns, dass sich die sämtlichen Fälle unschwer in folgende 3 Gruppen einteilen lassen:

I. Fälle von organischen Erkrankungen des Ge-

hirns und Rückenmarkes, welche gleichzeitig choreatische Bewegungen und Geistesstörung hervorrufen.

II. Fälle von sogenannten funktionellen Psychosen mit starkem Bewegungsdrang, bei denen die Bewegungen zeitweise einen choreatischen Charakter annehmen.

III. Fälle von typischer Chorea Sydenhams in Verbindung mit Psychosen.

I.

Eine sicher begründete pathologische Anatomie giebt es noch nicht hinsichtlich der gewöhnlichen Chorea. Diejenigen Fälle, deren Befund nicht überhaupt negativ war, weichen sowohl was die Art als den Ort der Erkankung des Centralnervensystems betrifft, vielfach von einander ab. — Im allgemeinen deuten — entgegen der alten Anschauung von Romberg, Steiner u. A., welche die Chorea lediglich als Rückenmarksaffektion auffassen — die anatomisch-histologischen Arbeiten neuerer Forscher (Charcot, Meynert) auf das Gehirn als den hauptsächlichen, wenn auch nicht ausschliesslichen Sitz der anatomischen Veränderungen.

Choreatische Bewegungen als Symptom kommen nun bei einer ganzen Reihe von organischen Gehirnkrankheiten vor, in deren Verlauf sich auch Geistesstörung bemerkbar macht.

Die Krankheit, welche die erste Stelle in diesem Kapitel einnimmt, ist die progressive Paralyse. In der Regel beginnen bei ihr die motorischen und psychischen Erscheinungen gleichzeitig, d. h. mit der psychischen, durch unmotivirte Reizbarkeit einerseits, und eine ebenso krankhafte Apathie andererseits charakterisierten Störung, macht sich gleich-

zeitig die krankhafte motorische Affektion geltend, vorzugsweise bestehend in zuckenden Bewegungen der herausgestreckten Zunge und der Mundwinkel, seltener der Extremitäten, in eigentümlichen Störungen der Sprache und der Schrift. Diese tragen bisweilen einen entschieden choreatischen Charakter, und es giebt Fälle, welche ihrem Verlauf und Befund nach unter die Rubrik der progressiven Paralyse eingefügt werden müssen, und bei welchen die choreatischen Erscheinungen während des Lebens eine sehr grosse Rolle spielen; so in den beiden folgenden von Schuchardt[1]) mitgeteilten Beobachtungen:

1. 54jährige verheiratete Frau. Mutter an Phthise gestorben, ein Bruder schwachsinnig; ihre 7 Kinder gesund. Seit Sommer 1878 nach anstrengender Krankenpflege choreatische Zuckungen, die im Jahre 1883 eine sehr grosse Intensität annahmen. Im Herbst 1882 zeigten sich die ersten Spuren geistiger Störung: Patientin that allerlei verkehrtes Zeug, wurde unruhig, nachlässig, unreinlich, bösartig. September 1883 Aufnahme in die Anstalt. Fortwährend choreatische Bewegungen an Rumpf, Gesicht und Extremitäten; veränderte Sprache. Pupillendifferenz. Die Stimmung war heiter und freundlich, im ganzen Wesen und Gebahren eine vorgeschrittene psychische Schwäche erkennbar. Vorübergehende Erregungszustände. In den Jahren 1884—85 noch Zunahme der Zuckungen, gänzlich unverständliche Sprache, tiefer Blödsinn, Verfall der Körperkräfte. November 1885 Tod. — Die Sektion ergab folgendes Beachtenswerte: Schwielige Verdickung der Dura des Halsmarkes, kleine Kalkplättchen in der Pia spinalis, die zentralen Partieen der Hinterstränge und der Seitenstränge im obersten Halsmark grau verfärbt, im Brustmark nur der rechte Seitenstrang. — Im Sinus longitudinalis frisch geronnenes Blut, Pia ödematös, sehr feucht. Gehirn klein, sehr feucht. Seitenventrikel sehr weit. Ependym weich, etwas zäh. Kleinhirn weich und blutarm. Grosshirnrinde schmal, graugelb, sehr feucht.

1) Schuchardt, Chorea u. Psychose. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 43.

2. 40jähriger Mann. Mutter ist schwachsinnig und leidet an choreatischen Zuckungen. Seit dem 37. Jahre gedrückt, weinerlich, leicht gereizt und heftig. Zwei Monate später zeigten sich unwillkürliche Bewegungen des ganzen Körpers. Schwankender Gang, Schwindelanfälle. Dauernde Erregtheit, dann Vergesslichkeit und Verwirrtheit. März 1883 Aufnahme in die Irrenanstalt. Grosse Unruhe, Angstanfälle, Gesichtstäuschungen, choreatische Bewegungen, starke Sprachstörung, mehrfach Selbstmordversuch. Mit der Zeit nahmen die Muskelzuckungen und die Unruhe ab, die psychische Störung dagegen steigerte sich mehr und mehr zu hochgradigem Blödsinn. Gegen Ende des Jahres 1883 kehrten die choreatischen Symptome noch einmal für kurze Zeit wieder. Dann prägten sich die Lähmungserscheinungen immer stärker aus. Patient seit Anfang 1885 dauernd bettlägerig, Rückgang der Ernährung, Decubitus. Mai 1885 Tod. — Die Sektion ergab den typischen Befund der progressiven Paralyse.

In zweiter Linie wäre bei Besprechung des Zusammenhanges von Chorea und Psychose, basierend auf organischen Gehirnerkrankungen, die Encephalopathia saturnina, die Folge der chronischen Bleivergiftung, zu nennen, deren Hauptsymptome ausser in Kolik und Lähmungen in schweren Gehirnerscheinungen: Konvulsionen, Koma, Delirien, grosser psychischer Unruhe bestehen, bei der aber auch unwillkürliche Muskelbewegungen, ähnlich denen der Chorea, beobachtet worden sind.

Einen derartigen Fall beschreibt ebenfalls Schuchardt:

D., Anstreicher, über 50 Jahre alt, hatte in seinem Berufe viel mit Bleifarben zu thun; infolgedessen in den letzten Jahren häufig Koliken mit bedeutendem Rückgang der Ernährung. Seit ca. 13 Jahren choreatische Zuckungen. In ärztlicher Behandlung vorübergehende Besserung. Bald darauf wurde er jedoch unruhig, bösartig, hinterlistig, handgreiflich, schliesslich tobsüchtig. November 1878 der Irrenanstalt überwiesen. Andauernd choreatische Bewegungen des ganzen Körpers, grosse

Gereiztheit, Anfälle von Tobsucht, deutliche geistige Schwäche und namentlich starke Abnahme des Gedächtnisses. Dann auch mehr und mehr zunehmende körperliche Schwäche; Patient konnte das Bett nicht mehr verlassen, Decubitus. April 1886 Tod. — Sektion: Im Sack der Dura spin. wenig Flüssigkeit, die Dura spin. selbst glatt, Gefässe stark gefüllt. Rückenmark weich, im Hals- und obern Brustmark finden sich im Bereich der Hinterstränge undeutliche graue Flecken, im Lendenmark sind die Spitzen der Hinterstränge leicht grau. Hirnoberfläche in den vordern Partieen leicht runzlich, die Windungen hier leicht verschmälert. Seitenventrikel erweitert, enthalten viel klare Flüssigkeit. Kleinhirn weich, blutarm, ebenso Pons und Medulla.

Eine hierher gehörige Erkrankung des Rückenmarkes ist die Tabes dorsalis, bei welcher motorische Reizerscheinungen, kleine choreatische Zuckungen in den Muskeln, namentlich in den Fingern, nicht selten sind, jedoch wegen ihrer geringen Ausdehnung meist nur bei besonders darauf gerichteter Aufmerksamkeit beobachtet werden; ebenso finden sich leichtere und schwerere Störungen der Psyche.

Auch bei der Basilarmeningitis sind zuweilen choreaähnliche Bewegungen in grössern oder beschränkteren Muskelgebieten zu bemerken; verschiedentlich wurde die Krankheit von ausgesprochen psychischen Symptomen, Benommenheit, Delirien, eingeleitet.

Die durch Gehirnblutung hervorgerufene Hemiplegie wird oft von Mitbewegungen begleitet, und zwar entstehen dieselben im Bein, wenn die Kranken sich bemühen, den Arm zu heben, und umgekehrt. — Auch die Hemichorea posthemiplegica (Weir Mitchell) ist bei dieser Erkrankung, wenn auch selten, beobachtet worden; dieselbe besteht darin, dass einige Zeit nach dem Beginn der Lähmung in den gelähmten Teilen eigentümliche choreatische oder athetotische unfreiwillige Bewegungen entstehen, welche teils fortwährend, teils

nur als Mitbewegungen bei gewollten Bewegungen in der kranken oder auch in der gesunden Seite auftreten. Was die Störungen der Psyche im Anschluss an Hemiplegie anbetrifft, so entwickelt sich bei dauerndem Fortbestehen der letztern bei vielen Kranken eine allmählich zunehmende psychische Schwäche, bestehend in Gedächtnisabnahme und Stumpfsinnigkeit; bisweilen stellt sich auch wohl Aufgeregtheit und Verwirrtheit ein.

Ferner wäre noch die diffuse Hirnsklerose zu erwähnen, bei der sich in chronischer Weise eine Reihe cerebraler Symptome entwickelt, unter denen hemiplegische Lähmungen, motorische Reizerscheinungen, teils allgemeine oder halbseitige epileptiforme Anfälle, teils Zittern und einzelne rhythmische oder choreatische Zuckungen, ferner eine allgemeine Demenz am häufigsten zu sein scheinen.

Abgesehen von diesen Krankheitsformen finden sich in der Litteratur noch vereinzelte Fälle von anderen organischen Gehirnerkrankungen, in deren Verlauf sich sowohl choreaartige als psychische Störungen einstellten.

Tuckwell[1]) beschreibt folgenden Fall:

17jähriger Knabe, dessen Tante mütterlicherseits an schwerer Chorea in einer Anstalt gestorben war, wurde, ohne vorher jemals an Rheumatismus gelitten zu haben, 9 Tage vor seiner Aufnahme von heftiger Chorea befallen und war in den letzten Tagen unlenkbar und heftig geworden. Bei seiner Aufnahme bestand ein musikalisches systolisches Geräusch in der Herzgegend. Er begann nun zu deliriren, das systolische Geräusch verlor seinen musikalischen Charakter, wurde blasend

---

1) Tuckwell, Some remarks on maniacal chorea and its probable connection with embolism. Brit. and foreign med. chirur. Review. Ref. in: Virchow u. Hirsch, Jahresbericht 1867. II. 20.

und war nach drei Tagen ganz verschwunden. Patient starb comatös am 8. Tage nach der Aufnahme. — Bei der Autopsie fand sich in der Mitte der Oberfläche der rechten Hemisphäre ein Herd roter Erweichung der grauen Substanz von der Grösse eines Thalers; ein ähnlicher Herd, der aber etwas in die Marksubstanz eingriff, bestand unten und aussen am Hinterlappen der gleichen Hemisphäre. In den Zweigen der Art. cerebri posterior konnten embolische Verstopfungen bis in den letztern Herd hinein verfolgt werden. Im Rückenmark zeigte sich nach dem Erhärten eine zentrale Erweichung in dem untern Hals- und dem ganzen Rückenteil, welche die Hinterstränge an ihrer vordern, nach der Kommissur zu gelegenen Partie betraf; an einem mikroskopischen Präparat konnte man sich deutlich von der Verstopfung einer kleinen Arterie überzeugen, welche in die Mitte des erkrankten Gewebes führte. Am Herzen fanden sich warzige Vegetationen auf der Vorhofsseite der Bi- und Trikuspidalklappe, in den Lungen Embolieen in den Zweigen der Pulmonalis, die zu kongestionierten Partieen des Gewebes führten; in den Gefässen der Niere gleichfalls Embolieen, die zu ähnlichen kongestionierten Flecken gehörten.

Nach dem Sektionsbefund ist es klar, dass es sich hier um eine embolische Gehirnerweichung gehandelt hat, die zu schwerem Coma und Delirium führte, und bei der, wohl ausnahmsweise heftige, choreaartige Zuckungen sich einstellten. Schwieriger ist die folgende von Golgi[1]) mitgeteilte Beobachtung zu erklären; doch sprechen auch hier die ausgedehnten Gehirnveränderungen sowie die lange Dauer des Krankheitsprozesses selbstredend gegen die Annahme einer gewöhnlichen, echten Chorea. Der Fall verlief folgendermassen:

Chorea und Geistesstörung hatten 10 Jahre gedauert. Patient erkrankte im 32. Jahre und starb im 42. Jahre an

1) Golgi, Sulle alterazioni degli organi centrali nervosi in un caso di Corea gesticulatoria associata ad alienazione mentale. Rivista clin. di Bologna. Ref. bei Virchow u. Hirsch 1874.

Pneumonie. Von Anfang an war die Chorea mit Geistesstörung verbunden, und zwar bestand anfangs maniakalische Exaltation. In den ersten 2 -3 Jahren traten wiederholt komplete Remissionen sowohl der motorischen wie der psychischen Erscheinungen auf. Später war der Verlauf ein kontinuirlicher, und es entwickelte sich progressiv zunehmende psychische Schwäche mit Verfolgungsdelirien und Wutanfällen; auch trat eine Schwierigkeit in der Artikulation hervor. Die Chorea selbst war eine allgemeine und betraf Gesicht, Rumpf und Extremitäten.

Die Autopsie zeigte eine stellenweise bis 8 mm dicke, alte pachymeningitische Pseudomembran über der rechten Hemisphäre, ferner eine Leptomeningitis chronica fibrosa diffusa, einen beträchtlichen Hydrocephalus internus und eine Atrophie der Stirn- und Scheitelwindungen. Sonst war makroskopisch weder in der grauen Rinde noch in der Markmasse der Hemisphären noch im Kleinhirn etwas Abnormes zu erkennen. Nur in beiden Corpora striata und besonders im linken fielen einzelne kleine, unregelmässig begrenzte Stellen durch ihre rötliche Farbe, ihr gelatinöses Aussehen und ihre etwas verminderte Konsistenz auf, und es zog beiderseits, besonders aber links, von der Mitte des Corpus striatum ein ca. 1 cm breiter, grau degenerierter Streifen einige Centimeter weit in das Centrum ovale hinein.

II.

In Verbindung mit funktionellen Psychosen sind vielfach eigentümliche Muskelbewegungen beobachtet worden, welche einen choreatischen Charakter zeigen, aber doch von der echten Chorea streng zu scheiden sind. Es handelt sich zunächst um das Zusammentreffen von andern Neurosen ohne anatomische Grundlage, wie Epilepsie, Hysterie mit Geistesstörung. Hierbei stehen die epileptischen und hysterischen Erscheinungen auf dem Gebiete der Motilität im Vordergrund des Krankheitsbildes; ausser diesen lässt sich dann aber gleichzeitig bei aufmerksamer Betrachtung meist noch eine andere Art kleiner Zuckungen beobachten,

welche mehr dem Bilde der Chorea entsprechen. Nun kann es aber zuweilen vorkommen, dass diese choreatischen Bewegungen die Überhand gewinnen und die andern Erscheinungen dann zum Teil verdecken; um so schwerer sind in einem solchen Falle Täuschungen zu vermeiden.

Ferner können aber auch bei schwereren psychischen Erregungs- oder Verwirrtheitszuständen die motorischen Äusserungen der Kranken für längere oder kürzere Zeit einen deutlichen choreatischen Zug aufweisen.

Für diese eigentümliche Symptomzusammensetzung dienen folgende Fälle als Beispiele:

Bricheteau[1]) 1864: 27jährige unverheiratete Frau, die, nachdem sie Symptome von Anästhesie und unvollständiger Paraplegie gezeigt, hysterisch wurde. Nachts hatte sie schreckhafte Hallucinationen, worauf bald eine tiefe Melancholie, bald eine unerträgliche Geschwätzigkeit auftrat; dann folgte ein Anfall von Katalepsie und Monate hindurch Hemichorea.

Russel (1870)[2]) teilt drei Beobachtungen mit, wo sich die Erscheinungen der Chorea und Epilepsie in bemerkenswerter Weise unter sich und mit Geistesstörung vermischten: Im ersten Falle gesellten sich zu doppelseitiger Chorea Paroxysmen, in welchen Schlaf und Sprechen im Schlaf in gänzliche Bewusstlosigkeit übergingen mit teils choreischen, teils epileptischen Bewegungen. Im andern stellten sich einem 20jährigen Mädchen epileptische Schmerzanfälle und Konvulsionen für einander ein, und beide waren vermischt mit einem Zustand von gestörtem Bewusstsein und endlich mit

1) Bricheteau, Ref. in Schmidts Jahrb. Bd. 128.

2) Russel, Cases in which the phenomena of chorea and epilepsy were remarkably intermingled in union with mental derangement of a peculiar charakter. Ref. bei Virchow und Hirsch 1870.

Anfällen von ausgesprochen choreischen Bewegungen, teilweisen und allgemeinen. Im dritten Fall stellte sich bei einem achtjährigen Mädchen nach Hemichorea teilweise Lähmung ein, später kamen epileptische Anfälle, die allmählich heftiger wurden, und mit ihnen mischten sich aufs Neue choreische Bewegungen, zusammen mit erneuten paralytischen Anfällen und Geistesstörung.

Hierher gehört ferner die sechste Beobachtung Schuchardts[1]) (1887):

31jährige Frau erkrankte plötzlich durch einen heftigen Schreck, es trat Zittern am ganzen Körper ein, dazwischen ungeordnete Bewegungen der Glieder und des Gesichts, fortwährende Hast und Unruhe im ganzen Wesen, Gehörstäuschungen, Zerstörungswut, Tobsucht. Die Krankheit nahm folgenden Ausgang[2]): Allmählich besserte sich der Zustand, Patient wurde ruhiger, versah leichtere Arbeiten; verlangte viel nach Hause. Nach $1^1/_2$ jährigem Aufenthalt in der Anstalt gebessert entlassen.

Köppen[3]) (1888) beobachtete in der Strassburger psychiatrischen Klinik folgende fünf an dieser Stelle zu erwähnenden Fälle:

1. 19jähriges, vom Vater her belastetes Mädchen, bekam leichte Angina. Als statt des bekannten Arztes ein fremder herbeigerufen wurde, erschrak sie heftig und geriet in grosse Aufregung, die bestehen blieb. Überführung in die Irrenklinik. Hier in den nächsten Tagen starke Tobsucht, Patientin schwatzte dummes Zeug, liess Stuhl und Urin unter sich gehen, nahm nur wenig Nahrung. Nach 8 Tagen minderten sich diese Erscheinungen, doch blieb noch 4 Monate eine ausgeprägte

---

1) Schuchardt, siehe oben.

2) Laut Journal der hiesigen Prov.-Irrenanstalt. Zur Zeit, als Schuchardt den Fall veröffentlichte, befand sich Patientin noch in Behandlung.

3) Köppen, M., Über Chorea und andere Bewegungserscheinungen bei Geisteskranken. Archiv für Psychiatrie Bd. 19, 3. 1888.

Manie zurück. Die Erregung äusserte sich hauptsächlich in Bewegungen. Patientin sprang tanzend den ganzen Tag umher. Zwischen diesen rhythmisch geordneten Bewegungen sah man jedoch Patientin plötzlich mit dem Oberkörper zusammenfahren und einen Arm von sich schleudern. Die übrigen Bewegungen konnte man sich in Einklang denken mit einer stark erregten Stimmung; diese Bewegungen aber machten den Eindruck, als ob sie nicht dieser Stimmung entsprächen und ohne eine begleitende bewusste Vorstellung ausgeführt würden. Dieser Eindruck beruhte darauf, dass sie ganz plötzlich eintraten und andere Bewegungen, die eben ausgeführt wurden, unterbrachen. Diese krampfartigen Bewegungen wurden im Zustand der grössten Tobsucht nicht bemerkt, vielleicht waren sie durch die grosse Bewegungsunruhe verdeckt. Nach 4 Monaten besserte sich plötzlich der Zustand. Mit dem Nachlass der grossen motorischen Erregung verschwanden auch jene eigentümlichen Zuckungen.

2. 24jähriges Mädchen, deren Mutter nach einem Kindbett geisteskrank geworden, erkrankte nach heftigem Ärger. Patientin bekam zunächst einen Anfall, verlor das Bewusstsein und kam erst nach einiger Zeit wieder zu sich. Darauf Unruhe und Zuckungen in den Händen. Neuer Anfall, Tobsucht; Verbringung in die Klinik. Hier 14 Tage hochgradig tobsüchtig; sie schrie, wälzte sich auf dem Boden, schmierte mit Kot und nahm wenig Nahrung. Häufig plötzliche Zuckungen in den Händen, doch bei der grossen Bewegungsunruhe nicht klar, ob sie choreischer Natur waren. Dann etwas ruhiger, jedoch noch 3 Monate Manie mit starken motorischen Erscheinungen. Patientin konnte sich keinen Augenblick ruhig halten. Ein Teil der Bewegungen, die sie ausführte, trugen den Charakter der Plötzlichkeit und erinnerten an Chorea, ein anderer Teil aber erschien deutlich gewollt, willkürlich und geordnet. Besonders in der Zunge konnte man am besten unwillkürliche Bewegungen beobachten. $3^1/_2$ Monate nach Beginn der Krankheit wurde Patientin ruhiger. In diesem Zustand nun zeigte sich deutlich, dass Patientin choreatische Bewegungen machte, besonders mit den Gesichtsmuskeln beim Sprechen. Liess man sich die Hand geben, so kamen die Bewegungen am stärksten in den Armen zum Ausdruck. Die choreatischen Bewegungen waren fast verschwunden, als Patientin entlassen wurde.

3. 13jähriges Mädchen. Mutter bekam im Wochenbett Delirium und Chorea und starb daran. Kind fiel seit einem Jahr auf durch sonderbares Wesen, grundloses Lachen. Vor der Aufnahme schon dreimal kurzdauernde Anfälle von Geistesstörung mit Chorea. Beim vierten Anfall zuerst Unwohlsein und Verstimmung, dann Erregung. Patientin lief von Hause weg, fuhr nach Strassburg, stürzte sich hier dreimal ins Wasser; von der Polizei in die Irrenklinik gebracht. Hier zeigte Patientin einen Tag lang heftige unwillkürliche Bewegungen, die einen choreatischen Eindruck machten, besonders in den Beinen. Mit den unwillkürlichen Bewegungen vermischt waren solche, die den Bewegungen des grossen hysterischen Anfalls ähnlich sahen. Am zweiten Tage waren die heftigen willkürlichen und unwillkürlichen Bewegungen nicht mehr vorhanden, nur noch in der Zunge beim Herausstrecken unwillkürliche Bewegungen. Die Erregung kehrte dann noch einmal wieder, Bewegungen waren aber anderer Art als früher. Als Patientin nach 5 Monaten entlassen wurde, waren immer noch Anzeichen einer leichten Manie vorhanden. Nach mehreren Monaten machte sie einen Besuch in der Klinik, sie lachte immer noch viel und hatte ein zerfahrenes Wesen.

4. 18jähriger Mensch, seit drei Jahren krank, die ersten Symptome einer psychischen Erkrankung waren eingetreten nach Misshandlung durch einen Lehrer; Patient bekam Kopfweh, schwaches Gedächtnis, wurde deprimirt, ängstlich. $1^3/_4$ Jahr nach Beginn der Krankheit Aufnahme in die psychiatrische Klinik. Hier anfangs melancholisch, später maniakalisch. In beiden Zuständen zeigte er motorisch Sonderbarkeiten, wie sie Kahlbaum unter dem Namen Katatonie beschrieben hat. Nach einem Monat gebessert entlassen. August 1887 kam er wieder in die Klinik: Aufgeregtes Wesen, 14 Tage vor seiner Aufnahme entwickelte sich eine ausgesprochene Psychose. Choreatische Bewegungen in den Extremitäten und im Gesicht, erschwerte Sprache. Noch zwei Tage nach seiner Aufnahme waren diese vorhanden. Maniakalischer Zustand wie bei der ersten Aufnahme. Nach einem Monat entlassen.

5. 37jährige Frau, erkrankte 4 Monate nach einem Wochenbett. Veranlassung: Ärger. Ängstlich, aufgeregt, verwirrt, Gehörshallucinationen. Nach 24tägigem Aufenthalt in der Klinik von ihrem Mann nach Hause geholt. Hier lief sie fort, wurde

von der Polizei zum zweiten Mal in die Klinik gebracht. Verwirrt, häufig aggressiv gegen andere Kranke. Zwei Monate nach Beginn der Krankheit zeigte Patientin choreatische Bewegungen leichteren Grades im ganzen Körper, die bei jeder Erregung zunahmen. Psychisch bestand grosse Verwirrtheit; örtlich nicht orientirt. Nach 11 Tagen verschwanden die choreatischen Bewegungen, die psychischen Symptome blieben noch drei Wochen bestehen. Dann wurde Patientin geheilt entlassen.

In dieses Kapitel gehören noch folgende zwei Fälle:

Powell[1]) 1889: 20jährige Frau von gesunder Abstammung. Nach einer sie sehr deprimirenden Unregelmässigkeit der Menstruation „hysterischer Anfall"; die Kranke lag 4 Tage im Bett und weinte unaufhörlich. Dann heftige Chorea, gefolgt von Aufregung, Ausbrüchen von Gewaltthätigkeiten, Gesichts- und Gehörshallucinationeu. In den nächsten Tagen grössere geistige Klarheit, aber zunehmende Erschöpfung. Nach fünf Tagen Tod. Die Sektion fand Hyperämie des Gehirns und Verdickung der Mitralklappe.

Voisin und Marie[2]) 1890: 11jähriges belastetes, mässig begabtes Mädchen. Chorea aus unbekannten Ursachen mit rechtsseitiger Parese, aphasischen Symptomen und cutaner Hyperalgie beginnend. Intercurrente Paraparese der Beine mit Ataxie gelegentlich von Bromkaliumbehandlung. Aufregung mit schreckhaften Hallucinationen. Besserung. Das Kind äussert aber noch, dass Tiere seine Brust fressen, hat Nachts Visionen von Schlangen. Mit Besserung der Ataxie heftige Anfälle von Pavor nocturnus (Vorstellung von beissenden Reptilien), welche wie die übrigen Erscheinungen im Laufe von zwei Monaten abklingen.

III.

Wir kommen nunmehr zu den Fällen, in welchen es sich um echte Chorea im Sinne Sydenham's und

---

1) Powell, Acute chorea with insanity. Brit. Journ. Ref. bei Virchow u. Hirsch, Jahresbericht 1889. II. 149.

2) Voisin und Marie, Ref. bei Virchow u. Hirsch, Jahresbericht 1890. II. 57.

ihre Beziehung zu Geisteskrankheiten handelt. Es ist sehr schwierig die Chorea selbst richtig und genau zu definieren; dabei kann nur eine möglichst vollständige Zusammenfassung der wichtigsten Momente in dem eigentümlichen Symptomenkomplex in Betracht kommen, ja selbst hierbei sieht man sich bei der Mannigfaltigkeit der einzelnen Erscheinungen manchen Schwierigkeiten gegenübergestellt, und es ist schliesslich dem Ermessen des einzelnen Autors anheimgegeben, die wichtigen, stets wiederkehrenden Symptome von den unwichtigeren zu scheiden. Es dürfte die von Möbius aufgestellte, früher mitgeteilte Definition hierin noch am meisten den Thatsachen entsprechen.

Wie bereits oben erwähnt, sind Störungen des Allgemeinbefindens und des Gemütslebens fast stetige Begleitsymptome der Chorea. Sie bestehen durchweg in auffallender Veränderung der Stimmung, mürrischem, apathischem Wesen bei sonst freundlichen Individuen, plötzlichem, unmotiviertem Umschlagen trüber Stimmung in ausgelassene Heiterkeit und umgekehrt. Zugleich macht sich ein Nachlass der geistigen Thätigkeit bemerkbar: Die Kranken werden vergesslich, unaufmerksam, zerstreut. Im Verlauf der Krankheit steigert sich öfters die psychische Verstimmung noch beträchtlich zu heftiger Erregtheit, wobei die Abnahme der intellektuellen Fähigkeiten mehr und mehr zu Tage tritt: Gedächtnisschwäche, Unfähigkeit zu einem geordneten Ideengang und zu folgerichtigen Urteilen machen sich oft geltend.

So häufig nun geringfügige Störungen der Psyche bei der Chorea Sydenham's sind, so selten ist im Verhältnis zu der grossen Verbreitung der Chorea bei ihr das Vorkommen einer ausgesprochenen schweren Psychose.

Russel hat unter 99 Fällen von Chorea 38 mal eine Komplikation mit Geistesstörung beobachtet, aber dieses Verhältnis trifft für die Allgemeinheit jedenfalls nicht zu.

Möbius hat in der oben bereits zitierten Arbeit die diesen Gegenstand betreffende Litteratur aus den Jahren 1859—92 zusammengestellt, und ist dieselbe mit den von ihm angeführten ca. 20 Fällen wohl ziemlich erschöpft; ich habe bei der Litteraturdurchsicht nur noch 5 andere gefunden, welche als hierher gehörig betrachtet werden müssen, nämlich je einen von Heinlein, von Voisin und Marie, von Mesnet, von Burrows und von Schuchardt.

Ausser diesen Fällen führe ich in der folgenden Zusammenstellung noch einige der bereits von Möbius erwähnten an, welche besonders klar das Bild der echten Choreapsychose wiedergeben, während ich für die übrigen auf die Möbius'sche Arbeit selbst verweisen möchte.

Zum Schluss bin ich in der Lage, diese, wie man sieht, bisher noch nicht sehr ausgedehnte Kasuistik durch einen neuen, im verflossenen Jahre in der hiesigen Provinzial-Irrenanstalt beobachteten Fall bereichern zu können, der nach einer gewissen Richtung hin vielleicht noch ein besonderes Interesse in Anspruch nehmen darf.

Burrows[1]) 1843: 16jähriges Mädchen mit mässigem Gelenkrheumatismus. Nach einiger Zeit Auftreten von Chorea und psychischer Aufregung, anhaltendes Delirium und Tobsucht. Der Rheumatismus verschwand ganz. Nach etwa einer Woche liess auch die Chorea nach, doch blieb das Benehmen sonderbar. Patientin hallucinierte vielfach. Nach fünf Wochen entlassen.

1) Burrows, Gaz. méd. 1843, zitiert in Griesingers Abhandlungen I, p. 158.

Mesnet[1]) 1856: 23jähriger Mann erkrankte an pleuritischem Exsudat begleitet von heftigen Glieder- und Gelenkschmerzen. Bald psychische Störung: langsame Antworten, Versunkenheit, Reizbarkeit, Misstrauen, Hallucinationen. 3—4 Wochen nach Beginn Abnahme der Schmerzen, Ausbruch eines wilden Deliriums. Bedeutende Abmagerung. Auftreten choreaartiger Krampfbewegungen, das Delirium wird permanent, grosse Aufregung mit vielen Gesichts- und Gehörshallucinationen. Etwa in der sechsten Krankheitswoche lassen die krampfhaften Bewegungen nach und die Intelligenz wird klarer, dagegen treten zuweilen wieder Gelenkschwellungen und Schmerzen ein. Dann allmähliche Besserung, nach 11—12 Wochen vollständige Genesung.

Thore[2]) 1865: 1. Frl. H. erkrankte am 17. Mai an Schmerzen in den Fussgelenken, die nach und nach beinahe alle Gelenke ergriffen; am 25. Mai erschien ein linksseitiges pleuritisches Exsudat, dem am 2. Juni ein rechtsseitiges sowie eine Endocarditis folgte. Am 10. Juni waren die Schmerzen fast ganz verschwunden, als sich im linken Arm choreatische Bewegungen zeigten, ausgezeichnet durch rhythmischen Wechsel von Flexion und Extension; die Hand schlug taktmässig die Schulter, traf bisweilen das Gesicht. Der rechte Arm zeigte sehr geringe ähnliche Bewegungen, dass Gesicht verzerrte sich fortwährend. Vom 12.—14. Juni traten Abends ängstigende Hallucinationen des Gesichts, Gehörs und Gefühls ein, am 15. auch Morgens, sie waren jedoch jetzt Abends schwächer als die Tage vorher. Die choreatischen Bewegungen waren gleichfalls vermindert. Am 17. Juni allgemeine Besserung. Die rheumatischen Schmerzen hatten aufgehört, die Endocarditis war bis auf ein leichtes Pfeifen verschwunden. Chorea sowie Hallucinationen nahmen ab. Am 5. Juli entlassen.

2. Näherin, überstand im 11. Jahr einen Typhus und war seitdem anhaltend niedergeschlagen. Seit dem 16. Jahre trat zwar die Menstruation regelmässig ein, allein Patientin ward chlorotisch, und im 17. Jahre erlitt sie zur Zeit der Menses eine heftige Erkältung, worauf dieselben sofort zurücktraten.

---

1) Mesnet, Archives gén. 1856, zitiert in Griesinger's Abhandlungen I, pag. 155.

2) Thore, Ref. in Schmidt's Jahrbuch. Bd. 128.

Nach Verlauf von 3 Wochen stellten sich choreatische Bewegungen ein, die sich ebenso wie die Agitation während der nächsten sechs Wochen steigerten. Auf der Höhe der Krankheit traten dann Gesichts- und Gehörshallucinationen auf; die Sprache war erschwert, der Ideengang incohärent, die Kranke melancholisch; Selbstmordversuch und darauf bezügliche Gedanken. Nach Ablauf von wieder 6 Wochen mässigten sich die Bewegungen, die Agitation wurde geringer, die Schweigsamkeit verminderte sich. Mit dem schliesslichen Eintritt der Regeln wurde die Genesung vollständig.

Russel 1869: 17jähriges Mädchen. Eine Woche nach Amputation eines Beines wegen Nekrose begannen Choreabewegungen. Die Kranke sprach immer mit sich selbst. Die Bewegungen wurden heftig, die Sprache unverständlich. Nach etwa 14tägiger Krankheit trat 9stündiger Schlaf ein. Seitdem liess die Chorea nach, der geistige Zustand aber verschlimmerte sich. Die Kranke war verwirrt und aufgeregt, glaubte, man wolle sie töten, viele Leute kämen zu ihr. Zwischendurch lachte und sang sie. Sie liess alles unter sich gehen. Dann wurde sie apatisch, verharrte in beliebigen Stellungen, gab kein Zeichen von Verständnis. Nachdem die Dementia acuta etwa 4 Wochen gedauert hatte, trat Besserung ein. Nach dreimonatlichem Aufenthalt konnte die Kranke entlassen werden.

Meyer 1870: 22jähriges Mädchen. Nach Rheumatismus Entwicklung heftiger Chorea. Nach einigen Wochen wurde die Kranke aufgeregt, zerriss Bettzeug, lärmte, lief nackt umher u. s. w. Sie gab dabei richtige und zusammenhängende Antworten, obwohl die Sprache sehr erschwert war. Sie greife ihre Nachbarn thätlich an, weil es ihr vorkomme, als wenn diese sie verhöhnten; sie wolle die Thüre einstossen, weil ihre Mutter dahinter sässe; die Kleider brannten sie auf dem Leibe. Zunächst bei Schlaflosigkeit Verschlimmerung zu unverständlichen Lauten, Heulen, Lachen, Schreien, dann rasche Besserung der Chorea und der Geistesstörung. Letztere hatte sechs Tage gedauert.

Heinlein[1]) 1883: 11jähriges Mädchen. Akuter Gelenk-

1) Heinlein, Zur Kasuistik der Geistesstörungen auf der Basis des akuten Gelenkrheumatismus. Ärztliches Intelligenzblatt 1883, Nr. 30—31.

rheumatismus; am dritten Tage nach Beginn Chorea, gleichzeitig Pericarditis und vielleicht Endocarditis. Im Höhestadium der Chorea traten vereinzelte stabile Hallucinationen und erhebliche Beeinträchtigung des Bewusstseins auf. Chorea bestand nur 7 Tage; Zurückbleiben einer Facialislähmung; die Psychose klang allmählich in einen stuporös schwachsinnigen Zustand mit fortschreitender Besserung ab. Dann akuter Darmkatarrh, Pleuritis sicca, Schluckpneumonie, Tod infolge von Peri- und Endocarditis. — Obduktion auf der Scheitelhöhe der linken Hemisphäre pachymeningitische Pseudomembran.

Schuchardt 1887: 1. 14jähriger Knabe, unter ungünstigen Verhältnissen aufgewachsen, von Haus aus moralisch und intellektuell schwach. Wegen dummer Streiche und Diebstahl in einem Zwangserziehungsinstitut untergebracht. Hier traten Anfang April 1883 angeblich nach heftigem Schreck choreatische Bewegungen auf. Aufnahme in die Klinik, von wo er, da er von seinen Mitpatienten wegen seiner Bewegungen viel geneckt wurde, zweimal entlief. Angstzustände und Ausbrüche grosser Heftigkeit. Ende April der Irrenanstalt übergeben; hier zeigte Patient nur noch wenige choreatische Bewegungen, die sich allmählich besserten und zuletzt ganz schwanden, ebenso wie die psychischen Symptome.

2. 18jähriger Zimmermann. Akuter Gelenkrheumatismus. Nach anscheinend völliger Wiedergenesung plötzlich Erscheinungen von Endocarditis und Chorea. 1. Aug. Aufnahme ins Krankenhaus. Heftige Chorea, Sprachstörung, Herzgeräusche, mässiges Fieber. Schon am Nachmittag desselben Tages starke Aufregung, zielloses Umherwerfen mit Schreien und Toben. 3. Aug. Überweisung an die Irrenanstalt. Hier zunächst grosse Unruhe bei heiterem Wesen; zuweilen Benommenheit. Die choreatischen Bewegungen nahmen bald ab, dagegen traten die Zeichen der Endocarditis mehr und mehr in den Vordergrund. Heftiges Fieber, hoher Puls, Coma. Tod am 10. Aug.

Köppen 1888: 21jährige Frau, bekam im zweiten Kindbett Puerperalfieber, das 3 Monate anhielt. Nach 14tägiger Gesundheit Rheumatismus. Bald darauf starb das Kind; deshalb grosse Aufregung. Nach 3 Tagen Delirium, ängstlich, glaubte Schuld am Tode des Kindes zu haben. Gehörs- und Gesichtshallucinationen. 3 Wochen nach Beginn der Krankheit starke choreatische Bewegungen am ganzen Körper, bei hohem Fieber

8 Tage anhaltend. Dann Nachlass; psychisch noch sehr verwirrt, noch 4 Monate lang Halluzinationen. Klagte noch öfter über Gelenkschmerzen, am Herzen systolisches Blasen. Allmählich verloren sich die psychischen Erscheinungen. Bei einem spätern Besuch in der Klinik war noch immer eine leichte maniakalische Stimmung vorhanden.

Powell 1889: 19jähriger Mensch. Rheumatische Erscheinungen, Chorea, 170 Pulse, systolische Geräusche an der Herzspitze, leichte Albuminurie. Nach anfänglichen Angstzuständen maniakalische Exaltation unter Zurücktreten der Chorea, 4 Tage lang. In den nächsten 10 Tagen erhebliche Besserung, psychische Beruhigung, Zunahme des Körpergewichts, Erinnerung an die Zeit der Aufregung vorhanden. Nach 12 Tagen Rückfall, Wiederkehr aller Symptome, Tod. — Sektion: Ausgebreitete Hirnhyperämie, etwas Ödem der Pia über den motorischen Regionen; Vegetationen an der Mitralis.

Voisin und Marie 1890: 10jähriger, etwas impressionabler, nicht belasteter Knabe. Nach Schreck über einen angeblich tollen Hund: Chorea, kompliziert mit Anfällen von Bewusstlosigkeit, in welchen Gesichtsausdruck und Bewegungen Entsetzen ausdrücken. Später starke Aufregung mit um die Vorstellung des Hundes sich bewegenden Delirien; dabei Druckempfindlichkeit des Kopfes. Heilung nach $^3/_4$ Jahr.

Möbius 1892: 17jähriger Jüngling aus gesunder Familie. Mai 1892 leichter Gelenkrheumatismus, besonders im linken Knie. Durch den Tod des Vaters schmerzlich erregt und ungewöhnlich angestrengt. Mitte Juli unwillkürliche Bewegungen der rechten Hand, erschwerte Sprache, Reizbarkeit. Zur Erholung ins Gebirge geschickt. Auf der Reise zeigte Patient ein streitsüchtiges, wirres Benehmen; Hallucinationen. Auf polizeiliche Anordnung ins Krankenhaus gebracht. Choreatische Bewegungen, hartnäckiger Widerstand, Tobsuchtsanfälle, Nahrungsverweigerung. Nach Ankunft der Mutter vorübergehende Beruhigung; bald jedoch neue Aufregung; er demolierte die Möbel, zerriss seine Kleider. Wegen andauernder Unruhe Überführung in eine Pflegeanstalt. Vom 11. Aug. ab langsame Besserung, am 29. Aug. nach Hause entlassen. Hier noch choreatische Bewegungen, unsichere Sprache, Mattigkeit und Unfähigkeit zu geistiger Arbeit. In der Folge Besserung, Ab-

nahme der Reizbarkeit. Rückkehr zu angemessener Beschäftigung.

Es folgt nunmehr der in der hiesigen Anstalt im Jahre 1893 beobachtete Fall:

Bertha P., 17 Jahre alt, Fabrikarbeiterin, kommt am 17. Juni 1893 in der hiesigen Provinzial-Irrenanstalt zur Aufnahme.

Anamnese: Patientin war nach Aussage des Vaters früher stets gesund, nur von jeher etwas blutarm. Erbliche Belastung irgend welcher Art ist bei ihr nicht nachweisbar. Sie soll als Kind gut gelernt und in ihrem Wesen nie auffallende Züge gezeigt haben. — Der die Patientin einliefernde Arzt macht weiterhin folgende Angaben: Patientin erkrankte vor ca. 4 Wochen an akutem Gelenkrheumatismus und Endocarditis; seit 14 Tagen leichte choreatische Bewegungen, die sich vor 3 Tagen ausserordentlich steigerten. Heute Morgen erfolgte die Aufnahme in ein hiesiges Krankenhaus. Anfangs war die Kranke ruhig und klar, die Chorea nur eine mässige. Doch bereits im Laufe des Vormittags erfolgte eine rapide Steigerung der Bewegungen; zugleich war eine hochgradige psychische Erregung, Angst, Unruhe, Verwirrtheit zu bemerken. Patientin sprang zum Fenster hinaus, fiel auf ein flaches Dach, auf dem sie unbekleidet umhertanzte. Im Laufe des Tages wurden 0,06 Morph. subcutan und 2,0 Chloralhydr. per rectum verordnet.

Die Patientin wird soporös, aber in heftigster choreatischer Bewegung, die sich auf Extremitäten, Rumpf und Gesicht erstreckt, eingeliefert; weite Pupillen, matter Puls, ausgesprochene Cyanose. Aufnahme in die Abteilung für Unruhige. Patientin war Nachts sehr unruhig, wälzte sich unter heftigen choreatischen Bewegungen über den Boden der Zelle hin, der mit Matratzen und Decken belegt werden musste, um die Kranke vor Verletzungen zu schützen. Das Bewusstsein war sehr getrübt; sie schien überhaupt nicht zu appercipieren, was um sie vorging; auf Anrede reagierte sie nicht. Manchmal stiess sie ängstliche Rufe aus, die Gesichtszüge zeigten gleichfalls einen entschieden ängstlichen Ausdruck.

Status praesens am 18. VI.

Patientin ist von mittlerer Grösse, mässig kräftig gebaute, schlecht genährte, blass aussehende Person. Die Lippen sind borkig belegt, die trockene Zunge wird nur wenig hervorge-

streckt und befindet sich in zitternder Bewegung. An der Herzspitze ist ein lautes systolisches Blasen zu hören, der zweite Pulmonalton ist accentuiert. Puls 88. Die Lungen sind ohne besondern Befund, das Abdomen ist eingesunken. Auf dem rechten Bein und den Nates allenthalben Kratzeffekte, Schrunden und Sugillationen. Heute früh bestehen choreatische Bewegungen in den Armen und der linken Gesichtshälfte, geringere im rechten Bein. Die Kranke ist stark benommen, ihre Sprache leise und schwer. Gegen Abend vermag sich Patientin besser zu besinnen, sie giebt Alter, Geburtsort u. s. w. an, ist aber zeitlich nicht orientiert und in steter Angst.

19. VI. Nachts hat Patientin vorübergehend gestöhnt; die choreatischen Zuckungen sind weniger heftig. Die Kranke schlummert viel, isst wenig.

20. VI. Ruhig verbrachte Nacht. Patientin lächelt, glaubt nicht mehr gesund zu werden, ist noch unorientiert. Die Kranke ist etwas umhergegangen, schwankt aber beim Gehen. Schmerzen im rechten Bein. Puls 68, kein Fieber.

22. VI. Nachts ruhig; bessere Nahrungsaufnahme; grosse Müdigkeit. Anschwellung und Schmerzhaftigkeit der ganzen rechten Wange, der Mund wird beim Sprechen nach links herübergezogen. Choreatische Bewegungen gering. In den folgenden Tagen kam die rechtsseitige Facialisparese immer deutlicher zur Erscheinung. Die rechte Lidspalte erschien etwas grösser, die Nasolabialfalte war verstrichen, beim Sprechen und Lachen wurde der Mund nach der linken Seite verzogen. Diese Erscheinungen entwickelten sich rasch um vom Beginn des Juli ab allmählich wieder zu verschwinden.

23. VI. Nachts kehrte die Unruhe zurück, Patientin verliess in der Nacht das Bett; sie sei so ängstlich, habe eben Spektakel gehört, wisse gar nicht, wo sie hier sei.

26. VI. Die nächtliche Unruhe hält an. Patientin will eine Menge Menschen gesehen haben, weiss aber darüber keine nähere Auskunft zu geben. Die Kranke ist entschieden ängstlicher. Choreatische Bewegungen besonders im rechten Bein und der linken Gesichtshälfte. Nachts und heute Morgen Durchfall.

30. VI. Die letzten Nächte waren ruhig. Im übrigen zeigt Patientin psychisch wenig Besserung; ist völlig unorientiert, thut immer sehr überrascht, lächelt und spricht leise. Will Nachts

immer „Männer" sehen. Appetit gut. Die Kranke verlangt nie nach Hause.

4. VII. Hallucinationen scheinen nicht mehr zu bestehen. Sonst völlig unverändert. Körperlich erholt sich Patientin zusehends. Geringe Chorea.

14. VII. Patientin bringt halbe Tage ausser Bett zu und hilft bei Haus- und Handarbeit. Zufriedene Stimmung, guter Appetit. Die Kranke macht noch immer einen traumhaft benommenen Eindruck und kann noch sehr schlecht Auskunft geben.

25. VII. Patientin giebt etwas bessere Auskunft; ist orientiert, muss sich aber immer lange auf Antwort besinnen, weiss nicht, wie sie hierher gekommen und was in der ersten Zeit ihres hiesigen Aufenthaltes passiert ist. Nimmt körperlich stetig zu. Es besteht noch eine ganz geringe Ungeschicklichkeit der oberen Extremitäten.

9. VIII. Heute nach Hause entlassen.

Im Anschluss an diesen Fall noch einige kurze Bemerkungen! Betrachten wir hier zunächst kurz das Verhältnis von Chorea zu akutem Gelenkrheumatismus und Endocarditis. Schon seit Anfang unseres Jahrhunderts ist man auf diese Beziehung aufmerksam geworden, und es sind besonders englische (Hughes,[5] Brown, Kirkes) und französische (Sée, Roger) Forscher gewesen, welche den Gelenkrheumatismus und die denselben komplizierenden Herzaffektionen als eine wichtige Quelle der Chorea nachzuweisen versucht haben. Diese Thatsache ist von allen späteren Beobachtern als richtig anerkannt worden. Indess machen die einzelnen Statistiken verschiedene Angaben hierüber, das grösste Verhältnis fand Gowers[1]), der unter 53 an Chorea erkrankten

---

1) Gowers, Handbuch der Nervenkrankheiten III. Deutsche Übersetzung von Dr. K. Grube.

Kindern im Alter von 10—15 Jahren 16, also fast $^1/_3$ fand, die zugleich Gelenkrheumatismus gehabt hatten. Bei älteren Kindern und jugendlichen Erwachsenen, sagt Gowers, ist die Zahl derer, die an Rheumatismus gelitten, zu gross, um als zufälliges Zusammentreffen angesehen werden zu können, und der enge Zusammenhang zwischen beiden Leiden zeigt sich in den Thatsachen, dass nicht sehr selten die Chorea direkt auf akuten Rheumatismus folgt, dass letzterer gelegentlich im Verlauf einer Chorea auftritt, und ferner noch in dem zweifellosen Zusammenhang zwischen Chorea und Herzaffektionen.

Die Endocarditis ist bei Chorea so häufig, dass sie kaum als Komplikation anzusehen ist. Meist ist sie leichten Grades und verursacht keine subjektiven Störungen, obwohl sie auch zu dauernden Klappenfehlern führen kann.

Dieses häufige Zusammenvorkommen von Chorea, Rheumatismus und Endocarditis wird von Möbius für seine Theorie von dem toxischen Charakter des choreatischen Krankheitsbildes verwertet. Eine weitere Stütze dieser Theorie bildet die Art und Weise der psychischen Störungen, welche auch bei der Chorea den Charakter einer Intoxikationspsychose tragen, d. h. in einem traumhaften Zustand bestehen, der sich durch Aufregung, Verwirrtheit, Neigung zu Sinnestäuschungen kundgiebt.

Betrachten wir nun unsern Fall, so drängt sich allerdings auch bei ihm die Annahme auf, dass wir es mit einem einheitlichen Krankheitsbild mit einheitlicher Ätiologie zu thun haben. Auf dem Boden eines akuten Gelenkrheumatismus, also einer Infektion des Körpers, treten fast gleichzeitig Chorea und Geistesstörung auf, und zwar eine Geistesstörung, die genau

in den Rahmen des von Möbius gezeichneten Krankheitsbildes passt. Ich möchte an dieser Stelle darauf hinweisen, dass schon Griesinger[1]) derartige Fälle ähnlich aufgefasst hat. Er spricht von rheumatischer Hirnaffektion und versteht darunter eine Psychose, die der in unserm Falle auftretenden ähnlich ist (vgl. oben den von ihm zitierten Fall Mesnet) und die in manchen Fällen mit Chorea einhergeht.

Ausgezeichnet ist der Fall durch das Vorkommen der Facialislähmung die nur in dem von Heinlein beschriebenen Fall ein Analogon findet, aber wohl kaum als etwas Zufälliges betrachtet werden darf. Denn diese Facialislähmung kann wohl nur als die Äusserung eines neuritischen Prozesses im Facialis aufgefasst werden, und Neuritiden aller Art sind bekanntlich bei Intoxikationen, namentlich aber bei Infektionskrankheiten eine häufige Erscheinung. Und so kann das Vorhandensein der Facialislähmung in unserem und dem Heinlein'schen Falle als eine weitere Stütze für die Annahme einer toxischen Natur des gesamten Krankheitsbildes angesehen werden.

Ob die Möbius'sche Theorie für alle Fälle von Chorea Sydenham's gültig ist, darüber steht uns ein Urteil nicht zu; ein Fall aber wie der unsrige ist kaum einer anderen Deutung fähig als der von Möbius gegebenen.

Beim Studium der Chorealitteratur aus den verschiedenen Zeiten drängt sich uns die Beobachtung auf, welche eigentümliche, bedeutsame Rolle für die Auffassung der Krankheit die psychischen Symptome gespielt haben. Die regelmässige Beachtung derselben hat zuerst dazu geführt, die Chorea, deren Sitz in

---

[1]) Griesinger, Ges. Abhandlungen, Bd. I. S. 153.

früheren Zeiten ins Rückenmark verlegt wurde, wesentlich als eine Gehirnaffektion aufzufassen. Und jetzt sehen wir, wie die genauere Kenntnis der Choreapsychose eine wesentliche Stütze darbietet für die Annahme eines toxischen Krankheitsprozesses bei der Chorea. Es geht hieraus wieder von neuem hervor, wie sehr bei Nervenkrankheiten überhaupt die psychischen Symptome zu berücksichtigen sind.

Am Schluss dieser Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geh.-Rat Prof. Dr. Pelman für die gütige Überlassung des Themas, sowie Herrn Assistenzarzt Dr. Liebmann für die liebenswürdige Unterstützung bei der Anfertigung meiner Arbeit hiermit den verbindlichsten Dank auszusprechen.

Vita.

Geboren wurde ich, Friedrich Dieckerhoff, evangelischer Konfession, zu Dortmund am 11. März 1871 als Sohn des Rentners Friedrich Dieckerhoff und seiner Ehefrau Clara, geb. Frahne. Nach erhaltenem Elementarunterricht besuchte ich das Marzellengymnasium zu Köln, später das Gymnasium zu Bonn, welches ich Ostern 1890 mit dem Zeugnis der Reife verliess, um mich an hiesiger Hochschule dem Studium der Medizin zu widmen. Daselbst bestand ich am 15. Februar 1892 die ärztliche Vorprüfung und wandte mich dann nach Freiburg, wo ich meiner Dienstpflicht mit der Waffe beim 5. Bad. Inf.-Regt. Nr. 113 genügte. Nachdem ich den folgenden Winter in Bonn verbracht, vertauschte ich die hiesige Universität im Sommersemester 1893 nochmals mit derjenigen von Freiburg und kehrte dann im Wintersemester 1893 nach Bonn zurück, um hier meine Studien zu vollenden. Das Examen rigorosum bestand ich am 16. Februar d. J.

Meine akademischen Lehrer waren die Herren Professoren und Docenten:

In Bonn:

Anschütz, Binz, Bohland, Doutrelepont, Eigenbrodt, Fritsch, Fuchs, Hertz†, Kekulé, Koester, Leo, Ludwig, Nussbaum, Pelman, Pflüger, Sämisch, Schaaffhausen†,

Schiefferdecker, Schultze, Strasburger, Trendelenburg, Ungar, von la Valette St. George.

In Freiburg:

Bäumler, Goldmann, Hegar, von Kahlden, Kirn, Knies, Kraske, Reinhold, Sonntag, Ziegler.

Allen diesen hochverehrten Herren meinen aufrichtigsten Dank!